



# Zusatzklärung Epilepsie

Zu versichernde Person: \_\_\_\_\_ Antragsnummer: \_\_\_\_\_  
 (bitte immer angeben)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Seite 2 von 2

**Weitere Fragen an die zu versichernde Person**

Sind im Rahmen der Erkrankung psychische Störungen aufgetreten  
 nein  ja  Konzentrationsstörungen  Demenz  Depressionen  Psychosen  
 Sonstige \_\_\_\_\_

Welche Operationen minimalinvasive Eingriffe (zu therapeutischen Zwecken) wurden wegen der Epilepsie durchgeführt?  
 \_\_\_\_\_  
 oder welche sind geplant? \_\_\_\_\_  
 Wann? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  
 Von welchem Arzt, in welcher Einrichtung (Name und Anschrift)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Waren Sie in den letzten 5 Jahren jemals länger als 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig?  
 nein  ja, warum? \_\_\_\_\_  
 wie lange? \_\_\_\_\_ Wochen wie oft \_\_\_\_\_ mal wann zuletzt \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Wurden ärztlicherseits Einschränkungen bezüglich beruflicher Tauglichkeitsbestimmungen (z.B. Flugwesen, Rettungswesen, Personentransport) oder Erlaubnisse (z.B. das Führen eines Kfz) ausgesprochen?  
 nein  ja, welche / Grund? \_\_\_\_\_  
 von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)  dauerhaft

Haben Sie einen Behindertenausweis oder einen solchen beantragt?  
 nein  ja, was ist der Grund dafür? \_\_\_\_\_

Beziehen/bezogen Sie eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente?  
 nein  ja, was ist der Grund dafür? \_\_\_\_\_

Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen in den letzten 5 Jahren den Arbeitsplatz gewechselt?  nein  ja  
 Planen Sie einen solchen Wechsel?  nein  ja  
 Wurde Ihnen ärztlicherseits dazu geraten?  nein  ja

**Wir bitten um Einsichtnahme in erhobene Befunde, sofern Ihnen diese vorliegen.**

**Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen wollen, unverzüglich schriftlich nach !**  
**Bitte immer beantworten:**  
 Folgen noch weitere Angaben?  
 ja, zusätzliche Angaben sind beigefügt \_\_\_\_\_ Seiten  
 ja, es folgen noch weitere Angaben

**Unterschrift**

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der zu versichernden Person

**Belehrung**

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Dialog Lebensversicherungs AG schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

**Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?**  
 Sie sind verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

**Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?**  
 Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.